

再来申込書・受付表

以下のチェックボックスにチェックください

紹介状の持参がない**初診**の場合に、選定療養費(保険診療とは別に5,500円)が掛かることに同意します。

※ 治療により状態が落ち着いた後に、当院担当医が他の医療機関への紹介を申し出た後も当院での診療を希望された方は再診の選定療養費(保険診療とは別に2,750円)がかかる場合があります。

※のところは○をつけて、窓口③番へ提出してください。

フリガナ																			
氏名											明・大	年		月	日生				
	01	30	32	13	15	02	03	03	04	31	17	05	06	07	08	09	10	12	20
受診科 (○で囲む)	内 科	呼 吸 器 内 科	消 化 器 内 科	脳 神 経 内 科	循 環 器 内 科	精 神 科	小 児 科	乳 児 健 診	外 科	消 化 器 外 科	脳 神 経 外 科	整 形 外 科	皮 膚 科	泌 尿 器 科	産 婦 人 科	眼 科	耳 鼻 い ん こ う 科	放 射 線 科	健 康 診 断
受診内容	※		1 診察		2 くすり			3 注射		4 リハビリ			5 検査		6 予約				

本日の診療について上記のとおり受け付けました。

各診療科の前でお待ちください。

◆ 毎月、保険証の確認をしています。再来申込書にそえて窓口③番へ提出してください。

医事使用欄 ☆この下は記入する必要はありません。

返却 保険証	
-----------	--

入力済	
-----	--

患者ID							

令和2年10月1日版